

ILKKA ARMINEN – RIIKKA PERÄLÄ

MYLLYHOIDON MONIAMMATILLINEN TIIMI JA PÄIHDE- ONGELMAISTEN MUOKKAAMINEN ALKOHOLISTEIKSI

Tässä artikkelissa analysoimme myllyhoidon moniammatillisen tiimin tapaa käsitellä ja käyttää hoitoon tulleista asiakkaita kerättyjä tietoja. Sittemmin asiakkaista muodostettua käsitystä käytetään yksilöllisten hoitotoimenpiteiden suunnitteluun. Artikkelin avaa näkökulman myllyhoidon kulissien takaiseen hoidon suunnitteluprosessiin sekä niihin odotuksiin, joita hoitoammatillaiset kohdistavat asiakkaisiinsa. Tällöin saamme näkyville hoitoammatillisten käsitykset siitä, millaisille potilaille myllyhoito sopii. Asiakaskohtaisten tietojen käsittelytapojen tarkastelu tuo myös esiin sen, miten moniammatillinen tiimi ylläpitää ja uusintaa myllyhoidon ideologiaa lähtiessään laatimaan potilaskohtaisia¹ hoitosuosituksia.

Myllyhoito tukeutuu tunnetusti alkoholismien sairauksikäsitelyyn, joka on alkujaan kehitetty Nimmittömien Alkoholistien (AA) toipumishojelman pohjalta (Yalisove 1998; Leppo 1999). Myös tämä artikkeli vahvistaa sairauksikäsitelyn keskeisen aseman myllyhoidossa. Uutta on sen pohtiminen, miten hoitoideologiaan omaksuttu käsitys alkoholismista sairautena ohjaa asiakaskohtaisten tietojen käsittelyä ja potilaskohtaista hoidon suunnitteluprosessia. Lisäksi hoitoideologioiden käytäntöönpano on aina tilanteittain ja historiallisesti muuttuvaa (Yalisove 1998; Arminen 2000a). Tämän vuoksi tässä analysoitava tapa toteuttaa myllyhoitoa ei ole ainoa vaan pikemminkin historiallisesti muotoutunut mahdollisuus; se myös avaa näkymän hoitotoiminnan kehittämissuuntiin. Emme kuitenkaan esitä konkreettisia suosituksia vaan näkökulman, joka mahdollistaa

hoitotoiminnan suunnitteluprosessin uudelleen arvioimisen.

Ensimmäiseksi havaitsimme, että myllyhoidossa asiakkaita tarkastellaan poikkeuksesta alkoholisteina ja/tai narkomaaneina² vallitsevan sairauksikäsitelyn mukaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaista kerättyä tietoa käytetään valikoivasti ja tarkoitushakuisesti. Niinpä päihderiippuvuutta arvioivia MAST- ja DSM4-testejä ei käytetä ongelman vakavuuden arvioimisessa vaan alkoholismien todentamisen tekniikkana (ks. myös Peyrot 1995). Mikäli klinikalle saapuva asiakas saa testeissä pienen pistemäärän, tämän ei tulkita johtuvan ongelman lievyydestä vaan salailusta. Asiakkaalla katsotaan olevan ”kielto päällä”: hän ei ole hyväksynyt alkoholismiaan ja siksi vähättelee ongelmaansa (Leppo 1999; Arminen & Leppo, ilmestyy). Myös muita asiakkaista kerättyjä elämäkerrallisia tietoja käsitellään samalla tavoin. Alkoholismia ja päihderiippuvuutta osoittavia seikkoja pidetään normaaleina, kun taas ”ongelmattomia” elämänvaiheita tarkastellaan selitystä vaativina. Artikkelimme lopuksi palaamme miettimään sitä, mitä tällainen valikoiva ja tarkoitushakuinen tietojen käyttö voi merkitä hoitosuosituksen laatimiselle.

¹Myllyhoidon oman käytännön mukaisesti käytämme hoidettavista pääosin nimitystä potilas ja termillä asiakas korostamme hoidettavien henkilöiden mukautumattomuutta heille osoitettuun potilaan rooliin.

²Vuonna 1997 aineistoa kerättyä arviolta puolet klinikan asiakkaista luokiteltiin alkoholisteiksi, kolmannes sekakäyttäjiksi ja loput narkomaaneiksi. Yksinkertaisuuden vuoksi käytämme pääosin termiä ”alkoholismi” viitattaessa asiakkaiden erimuotoisiin päihdeongelmiin. Sittemmin huumeperäisten ongelmien osuus lienee vielä kasvanut.

Kiitämme Anna Leppoa aineiston käsittelystä ja artikkelia koskevista kommentteista sekä Yhteiskuntapolitiikka-lehden nimettömiä arvioitsijoita tarkoista ja asiantuntevista kommentteista.

MYLLYHOITO JA MONIAMMATILLINEN TIIMI TUTKIMUSKOHTENA

Myllyhoito on hoitomalli, joka asettaa täysraitiuden tavoitteeksi ja pyrkii ohjaamaan potilaat AA:han ”jatkohoitoon”. Hoito toteutuu neljän viikon mittaisissa jaksoissa. Hoidon kuluessa kunkin potilaan edistymistä ja mahdollisia ongelmia tarkastellaan hoitohenkilökunnan päivittäisissä aamu- ja iltaraporttitilanteissa sekä kahdesta neljään kertaa viikossa järjestettävissä moniammatillisissa kokoontumisissa (Leppo 1999). Moniammatillisen tiimin tehtävänä on seurata potilaiden hoitoprosessia, laatia potilaskohtaisia hoitosuosituksia ja jatkohoitosuunnitelmia. Tiimi hyödyntää eri henkilöstöryhmien asiantuntemusta. Kokoontumiset kestävät yleensä tunnin, ja niissä käsitellään yleensä pari potilastapausta laajemmin ja lisäksi saatetaan tarkastella lyhyesti potilaisiin liittyviä akuutteja kysymyksiä. Laajemmissa käsittelyissä potilaasta kerätty materiaali käydään aina läpi samassa järjestyksessä. Sairaanhoidtaja lukee ensiksi henkilötiedot, lääkärin arvion ja testitulokset. Seuraavaksi esillä on sosiaalityöntekijän selvitys potilaan sosiaalisesta tilanteesta, minkä jälkeen päihdeterapeutti arvioi potilaan hoidossa edistymistä ja päihderiippuvuuden luonnetta. Sitten läheistyöntekijä kartoittaa perhetilanteen läheisiltä saamallaan tiedoilla. Lopuksi psykologin potilasta koskevaa arviota seuraa hoito-ohjelmaa ja hoitotoimenpiteitä koskeva keskustelu. Päihdeterapeutille pyritään löytämään keinoja, joiden avulla potilas saataisiin tunnistamaan ja tunnustamaan alkoholisminsa sekä kyettäisiin puuttumaan muihin potilaan ongelmiin (ks. myös Leppo 1999, 71–84).

Vaikka moniammatillisen tiimin asema hoitoprosessissa ja potilaskohtaisen keskustelun laajuus vaihtelevat, on tiimi sikäli keskeinen suunnitteluelin, että siinä asiakkaista kerätty tieto prosessoidaan. Asiakkaista kerättyjä tietoja valikoidusti käsittelemällä ja käyträmällä tiimi rakentaa instituution normien mukaisen kuvan hoidettavista päihdeongelmaisista ja siten myös uusintaa myllyhoidon taustaolettamukset ja lähtökohdat. Analyysi osoittaa, että potilaista muodostettava kuva ei olekaan heistä kerätyn tiedon ”objektiivinen representaatio”, vaan ”tieto” mukautetaan ja sopeutetaan oletettuun kulttuuriseen tietämykseen ja uskomuksiin³ (Wieder 1974; Viljanen 1994; Arminen 1999). Sen vuoksi moniammatillisen tiimin työskentelyn tarkastelu paljastaakin pai-

kallisesti muotoutuneen ja historiallisesti eriytyneen tavan toteuttaa 12 askeleen hoito-ohjelmaa ja avaa siten mahdollisuuden arvioida ja pohtia vallitsevaa hoitotoiminnan toteutustapaa.

TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMA JA AINEISTOT

Artikkelissa analysoimme niitä vuorovaikutuksellisia tekniikoita ja taktiikoita, joiden kautta myllyhoidon potilaiden alkoholiongelmat konstruoidaan laitoksen hoitoideologian mukaisiksi. Keskitämme tarkastelemaan sitä, kuinka instituution taustaolettamuksia uusinnetaan ja ylläpidetään työntekijöiden kokoontumisissa. Tähän sovelamme keskustelunanalyysin menetelmiä (Arminen & Halonen, ilmestyy).

Keskustelunanalyysin avulla tavoittelemme toiminnan institutionaalista erityisluonnetta, myllyhoidon eroa muihin hoitomuotoihin tai ”päihdeongelmateorioihin” (ks. Puhakka 2000, 87–104). Tarkastelemme sitä, mitä institutionaalisesta kontekstista seuraa toteutuvalle toiminnalle eli kuinka ammatillisen vuorovaikutuksen osallistujat orientoituvat ylläpitämään toimintamuotonsa erityistä luonnetta (Arminen 2000b). Emme tutki puhuttua vuorovaikutusta sinänsä, vaan keskitämme osoittamaan sen, kuinka institutionaaliset uskomukset ja arvot määrittävät hoitotyön suunnittelua toteutuvan vuorovaikutuksen tasolla (vrt. Peräkylä & Vehviläinen 1999).

Tutkimuskohtena on moniammatillinen tiimi, jonka kokouksissa suunnitellaan potilaskohtaisia hoitotoimenpiteitä ja keinoja puuttua ilmenneisiin ongelmiin (vrt. Leppo 1999, 72). Tarkastelemme moniammatillisen tiimin tapaa tuottaa näkyville perusteet ja perustelutavat sille, minäkäyttyypistä interventiot potilaan alkoholiongelma vaatii (vrt. Puhakka 2000, 134; Toiviainen 1997, 81–82). Konkreettisesti analysoimme seitsemää noin parin viikon kuluessa vuonna 1997 videoitua moniammatillisen tiimin kokoontu-

³Tietämyksen käytön kulttuurisidonnaisuus tulee hyvin esiin niistä tilanteista, joissa asiantuntijatietaa on pyritty täydentämään tai korvaamaan tietokoneistetuilla asiantuntijaohjelmilla. Liki poikkeuksetta tällaisten ohjelmien käyttöönotto on kohdannut odotettua suurempia ongelmia, koska ei ole kyetty ottamaan huomioon tietojärjestelmän käyttäjien julkilausumattoman tiedon roolia järjestelmän käytössä (Whalen & Vinkhuyesen 2000).

Ote 1 (MA 5, 10, 11–35; S=sairaanhoitaja, M=uusi miesterapeutti, T=naisterapeutti)

- 01 S: Kakskyt viis on mast : h (0.2) kakskytviis pistettä
02 viid[estäkymmenestä kolmesta
03 M: [Aha.
04 S: ja [deäsän [: nelone o kuus kautta seittemän
05 M: [Aha.
06 T : [Kryhymh hy
07 S: eli [#yv:m# se:
08 → T: [Kannattaa teettää se uudelleen jos s^oil o^o kakskytviis o aika vähä jos sil o
09 ollu aikasemmi korkee esimerkiks.
10 → S: Joo. hhh
11 M: Mite ton masti sitten teettäs uudellee. [Jos se
12 T: [Ei mitää jossaki viikon kuluttua
13 → pistät mast- uudellee lomakkeen etee ja sanot et täytäpä tuo.
14 → S: Nii:. [sano] et täytä uuellee.
15 M: [Joo.]
16 (1.1) ((jostakin kuuluu pamaus))
17 T: .mgh Kato nuu- jos on ollu aikasemmi hoidos siit tulee pi- viis pistettä. hh
18 (0.4)
19 M: Ni, ni, nii
20 → T: Et selvästi o vähä kaunistellu .hh

Kustakin aineisto-otteesta kerrotaan sulkeissa sen järjestysnumero aineistossa, esim. MA 5 (moniammatillinen tiimi, 5. kokoontuminen), likimääräinen sijainti alkuperäisessä litteraatiossa (sivu, rivit) sekä osallistujien ammattinimikkeet.

mista. Kokoontumisissa käsiteltiin parikymmentä potilastapausta, joista osa lyhyesti vain jonkin yksittäisen akuutin seikan kannalta. Analyysissämme rekonstruoiimme asiakaskohtaisten tietojen käsittelyn säännönmukaisuudet ja sen perustavat kulttuuriset mallit. Taustatietona käyttämme Anna Lepon (1999) klinikalta keräämää etnografista aineistoa.

TESTIT ALKOHOLIONGELMAN KONSTRUOINNIN APUVÄLINEINÄ

Myllyhoidossa alkoholi- ja päihderiippuvuuden olemassaoloa ja intensiteettiä arvioidaan erilaisin testein. Käytössä on kaksi testiä: MAST-testi (Michigan Alcoholism Screening Test) ja DSM4-testi. Testejä käytetään apuna erityisesti ns. arviointijakson aikana, jolloin tehdään päätökset potilaan alkoholiongelman vaatimista hoito- toimenpiteistä (Leppo 1999, 86; Toiviainen 1997, 72).

Testit avaavat ikkunan siihen, kuinka potilas- kohtaista informaatiota käytetään myllyhoidos-

sa. Aineisto osoittaa, että testeistä tehty johtopäätökset nojautuvat myllyhoidon institutionaalisiin lähtöolettamuksiin, eivätkä testien antamiin tuloksiin. Testejä ei siis käytetä ”objektiivisina mittareina” arvioimassa asiakkaan päihdeongelman vakavuutta vaan välineenä, jonka avulla potilaan alkoholismi tai narkomania osoitetaan (vrt. Peyrot 1995). Alkoholismia osoittavat suuret testipistemäärät hyväksytään ilman lisäkeskustelua, kun taas pienet pistemäärät katsotaan aina osoituksiksi ”salailusta, kiellosta ja torjunnasta”. Erityisen kuvaavan näytön testien tulkintaan liittyvästä dynamiikasta tarjoaa moniammatillisen tiimin kokous, jossa kaksi vanhempaa työntekijää, sairaanhoitaja ja naisterapeutti, ohjaa uutta miesterapeuttia testien käytössä (aineisto-otteiden litteraatiokonventioista, ks. liite).

Otteessa 1 terapeutin kommentti rivillä 8 nousee keskeiseksi testien tulkinnassa. Suosittaessaan testien uudelleen teettämistä alhaisen pistemäärän vuoksi hän tulee osoittaneeksi vallitsevan testien tulkintatavan. Testit toimivat apuvälineinä alkoholiongelman todentamisessa. Ote – ja aineisto kauttaaltaan – osoittaa tulkinnan toimivan siten,

Ote 2 (MA 5, 32, 17–26; S=sairaanhoitaja, M=uusi miesterapeutti, T=naisterapeutti)

01 → T: Tai sie voisit kaa- Matti voisit kattoo se tekee sen uudelleen ni sie voisit itte
02 käydä hänen kanssaan ja vähän niiku patistaa sit sitä: #eöö::# mast (.) niit
03 juttuja.
04 M: #Njo[o.#
05 S: [joo
06 (0.3)
07 →T: Et siin on hyvä olla vieressä ku tämmönen on kielto päällä. jos on kielto päällä.

että myllyhoidossa testien antamiin tuloksiin luotetaan vain, jos ne vahvistavat käsityksiä potilaan alkoholiongelmasta. Niihin ei luoteta silloin, kun ne antavat alhaisia tuloksia (vrt. Viljanen 1994, 155; Peyrot 1995). Testituloksia enemmän testien tulkintaa ohjaavatkin instituution ja sen työntekijöiden vakiintuneet uskomukset potilaan ongelman luonteesta.

Edellä kuvatun tulkintadynamiikan tyypillisyyss tulee otteessa esiin myös rivillä 10, kun sairaanhoitaja yhtyy terapeutin näkemykseen testien uudelleen täyttämisestä. Myöntyminen tapahtuu ilman taukoa ja epäröintiä osoittaen ehdotuksen odotuksenmukaisuuden (vrt. Pomerantz 1984a). Ehdotettu toimintatapa paljastuu siis rutiininomaiseksi. Tilanteessa ”vanhat” työntekijät ylläpitävät yhteisesti instituution toimintatapoja (vrt. Peräkyä 1996, 181).

Myös riveillä 12–14 sairaanhoitaja ja terapeutti antavat yhteneväiset ohjeet uudelle terapeutille testien uudelleen teettämisestä. Jälleen puheenvuorot seuraavat toisiaan ilman taukoja ja epäröintiä. Tämä kiteytynyt yksimielisyyss osoittaa toiminnan osaksi instituution vakiintunutta toimintatapaa (vrt. Peräkyä 1996, 181; ks. myös Drew & Sorjonen 1997). Uudelle terapeutille ei jää epäselväksi, mitä toimintapolitiikkaa testien täytössä ja tulkinnassa käytetään. Ote päättyikin työntekijäin yhteisymmärrykseen testien tulkintatavasta, minkä kruunaa terapeutin antama arvio (rivi 20): ”Et selvästi o vähä kaunistellu”.

Kaunistelu termin valintana kuvaa sitä, miten potilaan alkoholiongelmää myllyhoidossa lähestytään. ”Kielto”, jonka yksi muoto kaunistelu on, ensinnäkin todistaa potilaan alkoholismin olemassaolosta. Toisin sanoen alkoholismin yhtenä oireena esiintyy ongelman kiistäminen (Arminen & Leppo, ilmestyy). Täten myös alhaiset testipisteet todistavat alkoholiongelman olemassaolon, eivät kiistä sitä. Myllyhoito lähentyikin psykodynaamista tulkintatapaa, jossa potilas voi vain

todentaa terapeutin oletettaman ongelman. Potilas voi joko myöntää ongelman olemassaolon tai kiistää sen ja siten ”torjunnallaan” osoittaa ongelman olemassa olevaksi (Gill & Hoffman 1982; Freud 1989 [1913]).

Lisävalaistusta testien käyttötapaan antaa samassa kokouksessa käyty toinen arviointikeskustelu. Tällä kertaa arvioinnin kohteena on naispotilas, jonka testitulokset antavat aiheen työntekijöiden neuvotteluun. Terapeutti on esimerkiksi ”ehdottomasti” sitä mieltä, että toinen testeistä – MAST-testi – on tehävä uudestaan (MA 5, 31, 35). Sairaanhoitaja taas katsoo alhaiseen pistemäärään vaikuttaneen sen, ettei potilas ole aiemmin ollut hoidossa (MA 5, 32, 4–5). Pienen neuvottelun jälkeen päädytään kuitenkin tilanteeseen, jossa saavutetaan yksimielisyyss (ote 2).

Terapeutin ohje noudattelee samaa kaavaa kuin edellä: uuden terapeutin tulisi teettää testi uudestaan ja mieluiten ohjaamalla varmistaa, ettei pistemäärä jää liian alas. Etenkin verbi ”patistaa” osoittaa, ettei testejä suinkaan tehdä ”neutraalisissa” tilanteissa vaan että potilasta tulee opastaa antamaan oikeat vastaukset. Rivillä 7 tähän tulee myös selitys: ”Et siin on hyvä olla vieressä ku tämmönen on kielto päällä. jos on kielto päällä”. Tällöin tulee esille myös toinen potilaan oletetusta kieltomekanismista johtuva hoidon lähtökohta: potilasta tulee auttaa näkemään ja hyväksymään alkoholiongelmansa ja siten motivoida häntä tervehtymään. Myllyhoidossa tämän kaltaiseen ”herättelyyn” viitataan erityisesti konfrontaation käsitteellä (Yalisove 1998; Halonen, ilmestyy; Arminen & Leppo, ilmestyy).

Kaikkiaan riippuvuus-testejä käytetään myllyhoidossa ainoastaan todentamaan oletettu ongelma. Mark Peyrot’n (1995) havainnot psykologisten testien samankaltaisesta käytöstä Yhdysvalloissa antavat ymmärtää, että käytäntö on laajemminkin vallitseva. Tätä tulkintatapaa ei ehkä tulisikaan kritisoida sinänsä, pikemminkin se

01 T: potilas ollut (kalliolassa) (.) kaheksanviis?, (0.3) sen jälkeen ilman
 02 → jatkohoitoja kertomansa mukaan saanut kuuden vuoden räittiuden?, (0.5) nyt
 03 itkuinen ja häpeissään tilanteestaan?, (0.6) somaattisissa tutkimuksissa ei
 04 poikkeava? (.) psyykkisesti siis masentunut joka tila liittyyne enemmän
 05 alkoholinkäyttöön, .hh (.) ja hoitoontuloon liittyviin tunnelmiin?, .hh (.)
 06 potilas valittaa myös huonoun- (0.3) unisuutta?, (.) ja hoitosuunnitelma:, (.)
 07 ykkönen (.) jatketaan (voltteksia) toistaiseksi (.) kontrolli viikon kuluttua
 08 #allekirjoittaneella?, # .hhh (.) mikäli masennus lientynyt lopetetaan lääkitys
 09 (0.3) ei aloeta unilääkityksiä?, .hhh (.) aluksi seurantalinja, (0.7) ja
 10 → <kakkonen> (.) potilas ei hakeutunut edellisen hoidon jälkeen ollenkaan
 11 jatkohoitoihin?, syyt tähän olisi syytä selvittää ja tä- (0.3) tätä kautta
 12 varmistaa nyt jatkohoitojen käynnistyminen?

osoittaa kyselypohjaisten menetelmien ongelmat päihdeongelmien levinneisyyden mittaamisessa. Onhan myös tunnettua, että juomatapatutkimuksetkaan eivät kata kuin noin kolmanneksen vastaajien tosiasiallisesta alkoholin käytöstä. Pitäisi hyväksyä, että kyselyt ovat sinänsä interventioita ja itse kyselytekniikoiden luonnetta ja rajoja tulisi kartoittaa nykyistä enemmän (ks. Houtkoop-Steenstra 2000). Toisaalta, jos hyväksytään, etteivät riippuvuustestit ole päihdeongelman objektiivinen mittari, tulee tarkastella entistä tarkemmin, kuinka muuta päihdeongelman olemassaolosta todistavaa laadullisempaa informaatiota käytetään. Voidaankin kysyä, onko asiakasta kerätty muu elämäkerrallinen aineisto ehkä tärkeämpi lähtökohta hoitosuosituksen laatimisille kuin päihderiippuvuustestit.

ELÄMÄKERRALLISEN MATERIAALIN KÄYTTÖ TODISTEENA ONGELMASTA: ERILAISET KOMMENTOINNIN TEKNIIKAT

Myllyhoito perustuu siihen, että potilaan tulisi identifoida itsensä päihderiippuvaiseksi (Puhakka 2000, 87; Leppo 1999, 74; Toiviainen 1997). Tämä identifikaatio tapahtuu erityisesti elämäkertojen kertomisen avulla (Halonen, ilmestyy). Myllyhoidossa pyritään hyödyntämään AA:n tarinoidenkertomisperinnettä ja saamaan potilaat kuvaamaan sitä prosessia, joka on johdattanut heidät hoitoon ongelmansa tunnistamisen äärelle. Täten hallitsematon alkoholiongelma pyritään muuntamaan AA-yhteisön jäsenyydeksi.

Elämäkertojen kertominen ei ole kuitenkaan myllyhoidossa vain potilaiden identiteettityön vä-

line vaan myös yksi moniammatillisen tiimin potilasta koskevan tiedon lähde. Potilasta koskeva elämäkerrallinen tieto antaa myös mahdollisuuden arvioida, onko potilas alkoholisti ja myllyhoidon tarpeessa. Aineistossa moniammatillinen tiimi käyttää potilaan elämänhistoriallista materiaalia systemaattisesti siten, että tavoitteena on todentaa potilaan alkoholiongelma. Potilaita koskevasta materiaalista kommentoidaan erityisesti ns. kieltomekanismin esiintymistä ja pyritään avaamaan portti aktiiviselle konfrontaatiolle.

Elämäkerrallisen aineiston käsittely vaatii tarkastelijaa ottamaan etäisyyttä kohteesta, näkemään esitetyt väittämät vain yhtenä mahdollisena versiona tapahtuneesta. Konkreettisesti elämäkerrallisista lausumista voidaan merkitä esiin niiden lähde (Pomerantz 1984b). Tällöin lausumien tietoa koskeva arvo ja luotettavuus avautuu käsiteltäväksi. Moniammatillisissa tiimissä formuloidaankin potilaiden ja heidän läheistensä kertomat asiat erillaisiksi väittämiksi, kuten ”kertomansa mukaan”, ”sanoi tehneensä/olleensa” tai ”hänen mielestä”. Näin formuloidut väittämät voidaan puolestaan hyväksyä tai kiistää (vrt. Hutchby 1996, 486). Etäisyyden ottaminen kerättyihin tietoihin luo moniammatilliselle tiimille mahdollisuuden tuottaa oma versionsa potilaan elämästä ja myös kyseenalaistaa potilaan versio.

Moniammatillisissa tiimeissä käyty keskustelu on eräässä suhteessa lähtökohtaisesti epäsymmetrinen. Asiakkaasta puhutaan hänen poissa ollessaan, jolloin asiakas ei pysty kommentoimaan esitettyjä väitteitä (vrt. Peräkylä 1996; Heritage 1997). Samalla se, miten potilaan lausumat sijoitetaan ympäröivään puheeseen, vaikuttaa ratkaisevasti niiden saamaan merkitykseen (vrt. todis-

Ote 4 (MA 4, 40, 2–17; T=naisterapeutti, SH=sairaanhoitaja)

01 → T: rattijuopumus sillä on jo tuola parinkym- (0.6) parikyt [vuot]ta
02 SH:([joo]
03 → T: sitten .hhh (0.3) mut hänen mielestä hänel ei viel silloin ollu ongelmii
04 alkoholin kanssa et hän oli >yhe< täydennyskurssin jälkeen?, (.) .hhhh (0.4)
05 yhden?, (0.8) komean (0.4) miehen <kanssa> (1.0) mennyt tonne?, (0.5)
06 kollegan kanssa ravintola lyyraan jatkamaan keskustelua ja tarkotus
07 oli soittaa #oma mies hakemaan se auto #?, .hhhh (0.6) #mut sitte tota#?,
08 → (1.0) hän oli vaan lähteny sitte ajamaan?, (0.4) ja oli ajanu päin jotain
09 liikennesulkua ja?,... ((yksityiskohtaista selostusta tapahtumasta kuusi riviä))
16 → T: sitten joutu jumiin liikenteessä ni?, (0.5) soitti poliisit ja se oli tälle aika kova
17 paikka kun?, (0.8) joutu putkaan sit^oten°?,

tajan uskottavuuden murentaminen oikeudessa, Drew 1992).

Otteessa 3 terapeutti referoi lääkärin kirjaamia lausumia potilaan alkoholin käytöstä ja olotilasta. Etäisyyttä ottava referointi alkaa riviltä 2 terapeutin todetessa potilaan saaneen ”kertomansa mukaan” kuuden vuoden raittiuden edellisen hoitokerran jälkeen. Heti seuraavassa lauseessa terapeutti tuo esille lääkärin tulkinnan potilaan nykytilasta: ”nyt itkuinen ja häpeissään tilanteestaan” (rivit 2–3). Tällä tavoin nykytilan arviota käytetään kumoamaan potilaan käsitys kuuden vuoden raittiudestaan: potilaan arvio raittiudesta on ollut vähintään hätköity. Terapeutti ottaa kantaa potilaan aiempaan raittiuteen vielä riveillä 10–12. Ehdottaessaan sen selvittämistä, miksi potilas ei edellisen hoitokerran jälkeen hakeutunut jatkohoitoon, terapeutti sivuuttaa potilaan oman kertomuksen kuuden vuoden raittiudesta merkityksettömänä ja ”vääränä”.

Ote paljastaa monet myllyhoidon lähtökohdist. Potilaan ei ensinnäkään katsota olevan tarpeeksi selvillä omasta alkoholiongelmastaan, vaan hänen katsotaan tarvitsevan ammattilaisten apua ja heidän käsityksensä mukaista jatkohoitoa (rivit 10–12). Myllyhoidossa tämä tarkoittaa nimenomaan AA:han osallistumista. Toiseksi potilaan alkoholiongelma identifioidaan krooniseksi tilaksi, josta potilas ei voi irtautua. Potilaan kertoma kuuden vuoden raittiushän on ollut vain välitila ja väärinarviointi, joka on johtanut nykyiseen häpeään ja itkuun (rivit 1–3). Ongelman uusiutuminen on vuorostaan johtunut siitä, että potilas ei ole aikoinaan hakeutunut tarkoituksenmukaisiin jatkohoitoihin. Otteessa rakentuu myllyhoidon kertomus alkoholiongelmasta, jota tulee ja voi käsitellä vain määrättyistä lähtökohdista käsin.

ELÄMÄKERTOJEN RISTIVALOTTAMINEN

Kun elämäkerrallinen aineisto on formuloitu käsiteltäviksi lausumiksi, se avautuu kommentoitavaksi. Kantaa voidaan ottaa epäsuorasti ilman, että kommentoija osoittaa itsensä lähteeksi, tai suoraan, julkilausutusti. Keskeinen epäsuoran kommentoinnin menetelmä on ristivalotus, jossa potilaan elämän tapahtumia referoidaan useita lähteitä tai ääniä hyväksikäyttäen. Potilaan omia lausumia voidaan peilata esimerkiksi asiantuntijalausuntoihin tai potilaan omaisten kertomuksiin. Äänien ristiriidat ratkotaan vuorostaan systemaattisesti siten, että hoitoideologian mukainen käsitys alkoholiongelman luonteesta vahvistuu. Lähtökohtaisesti ristivalottaminen ei vaadi luopumista neutraalista tarkastelusta: näkemys vain kootaan useiden äänien summasta. Usein ristivalotus antaa kuitenkin perusteet eksplisiittiseen kommentointiin.

Otteen 4 kertomus rakentaa kuvan asiakkaan elämästä alkoholistina. Avaintapahtumilla kuvataan alkoholistiuran keskeiset virstanpylväät: kiello, kontrollin menetys ja häpeä (vrt. Arminen 1994, 130). Sairaus on ensinnäkin ollut potilaassa jo pitkään: terapeutti todentaa tämän mainitsemalla parinkymmenen vuoden takaisen rattijuopumuksen (rivi 1). Potilas ei kuitenkaan itse ollut vielä tiedostanut ongelmaansa (rivit 3–4). Jo tällä rinnastuksella luodaan epäily potilaan arvostelukykä kohtaan. Tässä ristivalotuksen voimaa korostaa sen perustuminen todennettuun rattijuopumukseen.

Ristivalotus ei kuitenkaan rajaudu tapauksiin, joissa ”todennettua asiantilaa” käytettäisiin osoittamaan ja paljastamaan päihteiden käytön salailu ja vähättely. Pikemminkin ristivalotus tukeutuu

Ote 5 (MA 1, 24–25, 10–36 [1]; TE=teologi, T=miesterapeutti, SH=sairaanhoitaja, L=läheistyöntekijä, P=psykologi)

- 01 T: .hh siin mä: epäilen et vaimo tulkitsee juomiseks- täks rajummaks juomiseks
02 koska #Reijo# sano että hänellä oli vuosia vuosikymmeniä koska siihen työhön
03 kuulu seh? .hh että edustusjutut ja niit oli paljo ni kun hän tuli kotiin ni hän
04 tuoksai se oli itsestään selvää et ei vaimo sanonu siihen mitää et se katto et se
05 kuuluu niinku työnkuvaan,
06 (.)
07 T: .h et kyllä vaimo epäilemättä on ti- tienny alkoholinkäytöstä täs on nyt ehkä
08 [kaunistelua vaimon puolelt.
09 TE: [kröhöm
10 L: se voi olla et se on tienny mut se ei o haitannu sitä perhet[täh,
11 T: [mmm?
12 (.)
13 T: mm-m
14 SH: mmh mm?
15 (3.0) ((kolinaa))
16 T: tai eivät ole tienneet sen haittaavan,
17 (3.0)
18 P: Riippuvuus rakentuu sillon kun asiat ovat hyysin,
19 (.)
20 P: Reijo on hyvä esimerkki siitä?,

hoitoideologiaan siten, että vaihtoehtoisissa kuvauksissa hoitoideologian mukaisuus toimii todennettavuuden kriteerinä. Tällöin ristivalotus toimii yleisenä ”epäilyksen hermeneutiikan” välineenä, jonka avulla mikä tahansa hoitoideologian vastainen osoitus potilaan ”normaaliudesta” voidaan kumota. Ote 5 seuraa tilannetta, jossa läheistyöntekijä on referoinut potilaan vaimon kertoneen havainneensa nyt hoidossa olevan Reijon juomisen ja alkoholiongelman vasta äskettäin tämän eläkkeelle jäämisen jälkeen. Terapeutti kommentoi välittömästi potilaan vaimon raportoitua käsitystä. Aluksi terapeutti katsoo epäilevänsä vaimon tulkitsevan juomiseksi vain rajun juomisen, ristivalotuksen jälkeen terapeutti ei enää epäile vaan katsoo tietävänsä vaimon tienneen juomisesta mutta kaunistelleen käsitystään. Jatkossa tiimin jäsenten välille syntyy erimielisyyttä siitä, mitä kenenkin voi katsoa tienneen päihteiden käytön aiheuttamista haitoista.

Kun terapeutti on päätenyt arvioon, että potilaan puoliso on kaunistellut tämän alkoholin käyttöä, läheistyöntekijä vastaa arvioon täsmen-
tämällä puolison puheista saamaansa käsitystä (rivi 10). Läheistyöntekijän mukaan vaimo on saattanut tietää miehensä käyttäneen alkoholia muttei ole arvioinut sen haitanneen perhettä. Näin

tulee ilmaistuksi käsitys, että nyt hoidossa oleva henkilö olisi käyttänyt alkoholia pitkään ilman sosiaalisia haittoja. Arviointi vastaanotetaan sarjalla mieteliäitä ymähdyksiä (11–14), minkä jälkeen terapeutti asettuu keskustelun kohteena olevien henkilöiden yläpuolelle (rivi 16) ja arvioi, että perhe ei vain ole tiennyt alkoholihaitoista. Tällöin päädytään näkemykseen, että hoitoideologian vastainen näkemys pohjautuu tietämättömyyteen. Tällä tavoin mikä tahansa hoitoideologian kanssa yhteensopimaton seikka on aina kumottavissa. Lopuksi psykologi katsookin tapauksen olevan malliesimerkki päihderiippuvuuden luonteesta: ”riippuvuus rakentuu sillon kun asiat ovat hyysin”. Alkujaan säröinen kuva potilaan aiemmasta päihteiden käytöstä on eheytynt. Päihderiippuvuuden olemassaoloa vastaan sotinut näyttö onkin osoittautunut osaksi päihderiippuvuuden salakavalaa ja kaiken nielevää luonnetta. Päihderiippuvuuden olemassaolo on klinikan hoitotyön olettama lähtökohta, jota mikään todistusaineisto ei horjuta.

EKSPLISIITTINEN KOMMENTOINTI

Aineistossa eksplisiittinen kommentointi nou-

Ote 6 (MA 3, 17, 3–22; L= läheistyöntekijä, T=naisterapeutti)

01 L: Talous #ookoo,# (1.0) Rit:va isä on ollut alkoholisti joka on tappanut itten#sä
02 vuonna seitkytkolme?,# (0.4) #ja veli on# (.) #alkoholisti# (1.4) kaksi
03 → nuorinta lasta kärsineet kovasti äidin juomisesta (.) ovat katkeria ja vihaisia,
04 (0.7) ovat useasti pyytäneet isää eroamaan?, (1.5) puolisoiden välinen suhde
05 on kireä ja tulehtunut, (0.3) perheessä paljon riitaa, (0.5) luottamus mennyt
06 → täysin Ritvaan, (0.6) mies sanoo olevansa liian lepsu (0.3) alkaa olla
07 jaksamisensa äärirajoilla? (0.4) ja pohtii nyt avioeroa,
08 (0.4)
09 → T: aha (0.3) no kyllä tää Ritva kaunistelee ihan siis KERTAkaikkiaan >alust
10 loppuun< jos toi pitää paikkansa] mitä?
11 [joo]

dattaa selkeää dynamiikkaa, jossa työntekijät valitsevat potilaan elämäntapahtumia koskevista versioista klinikan ideologiaa lähempänä olevan. Eksplisiittisellä kommentoinnilla linja tehdään julkisesti näkyväksi. Tyypillisimmin hoitoidologiaan sopimattomien seikkojen katsotaan perustuvan kaunisteluun, kieltoon tai tietämättömyyteen (vrt. ote 5). Yleensä eksplisiittisistä kommentointia edeltää valmisteleva selonteko, joka oikeuttaa kommentit.

Otteen 6 alussa läheistyöntekijä kertoo potilaan elämäntilanteesta ja perustaa sen keskusteluun Ritvan puolison kanssa. Sitä on edeltänyt pitkä keskustelu siitä, kuinka Ritvan on vaikea nähdä alkoholiongelmansa. Ritva on jopa ”erehtynyt” väittämään olleensa kuusi vuotta juomatta (ote 3). Läheistyöntekijän kertomus onkin todiste Ritvan alkoholiongelman rajuudesta. Tästä kielii myös videolta näkyvä ei-kielallinen vuorovaikutustilanne. Läheistyöntekijä (L) osoittaa kertomuksensa suoraan Ritvan terapeutille (T): hän on kääntynyt tätä kohti ja osoittaa puheensa nimenomaan tälle. Tämä vuorostaan pudistelee koko kertomuksen ajan päätään ja on selvästi tuohtunut. Usko Ritvaan on joutunut koetukselle.

Läheistyöntekijän esittämä näkökulma Ritvan elämään palvelee erityistä funktiota vuorovaikutustilanteessa. Se implikoi ja kutsuu esiin kriittistä kommentointia luomalla sille soveliaat puitteet (rivit 9–11). Ritvan aiempi oma kertomus osoittautuikin vain oireeksi alkoholismin vakavuudesta kielivästä kieltomekanismista. Läheistyöntekijän kertomuksen valossa Ritvan oma kertomus elämästään on ollut kaunistelua alusta loppuun.

POTILAAN ASEENTEET JA TOIMINTA TODISTEENA ONGELMASTA: IDEAAPOTILAAN KONSTRUOIMINEN MONIAMMATILLISEN TIIMIN KESKUSTELUISSA

Myllyhoidon tulkintakehys rakentaa myös kuvan hoidon onnistumisen kannalta ihanteellisesta potilaasta. Ensinnäkin ihannepotilas on valmis identifioimaan itsensä päihderiippuvaiseksi. Tästä seuraa motivoituneisuus hoitoon. Kolmanneksi ihannepotilas sitoutuu identiteettiinsä: hänen tulee hyväksyä alkoholiriippuvuutensa hoitamisen elämänsä keskeiseksi tehtäväksi myös myllyhoidon loppumisen jälkeen. Tämä sitoutuminen osoitetaan osallistumalla AA- tai NA-kokouksiin (Leppo 1999, 74–79; Arminen & Leppo, ilmestyy).

Ihannepotilaan malli vaikuttaa olennaisella tavalla moniammatillisen tiimin jäsenten potilaita koskeviin arviointeihin ja toimenpide-ehdotuksiin. Ongelmat myllyhoidon onnistumisessa johtuivat tiimin näkemyksen mukaan siitä, että potilaat eivät olleet sisäistäneet tarpeeksi myllyhoidon lähtökohtia eivätkä siksi ole toimineet taroituksenmukaisesti. Tiimillä on siis vakiintuneet näkemykset siitä, mitä myllyhoidon onnistuminen potilailta edellyttää.

Otteeseen 7 tiivistyvät myllyhoidon potilaalle asettamat vaatimukset: hoidon aloittaminen AA:ssa (rivi 1), sitoutuminen itsensä hoitamiseen (rivit 5 ja 11) ja raittiuden vaatimus (rivit 11–15). Ote nostaa myös esiin myllyhoidon ja AA:n tärkeimmän eron. AA korostaa alkoholistin omaa halua vapautua alkoholin käytöstä toipumisen lähtökohtana (Twelve Steps..., 1952). Tämä voluntaristinen ideaali – pakko ei raitista ketään, vain oma halu voi olla toipumisen perusta – oh-

01 → T: Mä sit kysyin et ois:ko se kauheen niiku hävettävää mennä AA:han ?, (0.8) (nii
 02 että) kau#heen niinku jotenki?, # (0.3) vaikeesti (0.3) melkein teki mieli
 03 sanoo että (.) (tiesithän sä) tai eiku mä sanoinkin sille ettäh? (0.5) ku ei täs
 04 hoidos niinku sillä taval mitä tapahtu et se?, (0.5) suurin ihme mikä voi
 05 tapahtuu on se että , (0.6) et sä alat sitoutuu niiku ittes hoitamisee
 06 (0.8)
 07 → T: nii se oli jotenki vähä yllättyne?, (0.6) >että< se on kuitenkin käyny tän
 08 kaheksankyt viis että:, (2.4) #et jännä (.) emmä tiä mitä noi potilaat oikee
 09 odottaa että,# (0,6) nt kaikille ei#i#?, (0.4) tai siis suurimmalle osalle ei
 10 vissiin sit niinku kuitenkaa perille se #että idea ois siinä että?,# (0.7) tajuus et
 11 → täs pitää itteää hoitaa (.) mut RAITTIINAHAN TÄÄ [TAHTOO?, (0.6)]
 12 [[[taustalla puhetta]]]
 13 (0.7)
 14 T: haluu ollah?, (0.3) sen on pakko ollah?, (1.3) ei siin o muit vaihtoehtoi sillä
 15 kyllä?,

jaa AA:n toimintaa myös käytännössä (Arminen 1996). Sen sijaan myllyhoidossa raitistuminen esitetään velvoitteeksi (rivit 11 ja 14). Ensiksi terapeutti kuvaa potilaan tahtovan raitistua, mutta päätyy korjaamaan tahtomisen ja haluamisen pakoksi ja vaihtoehtottomuudeksi. Myllyhoidossa ei olekaan kyse potilaan omasta harkinnasta ja valinnanvapaudesta. Potilas on sairautensa uhri: hän ei voi omalla tahdollaan tai halullaan kontrolloida sitä. Hänen on ”pakko” raitistua. Myllyhoidon sairauskäsité eroaakin ratkaisevasti AA:n väljistä ja sumearajaisesta sairauskäsityksestä (Yalisove 1998; Mäkelä & al. 1996).

Myllyhoidon ihannepotilas sisäistää ja myöntää alkoholisin asettavan välttämättömiä elämisen ja olemisen rajoituksia, joihin hänen tulee sopeutua. Tämä velvollisuus myös sivuuttaa potilaan omaehtoiset valinnat ja halut. Jos taas potilas ei tunnista velvollisuuttaan tai ota sitä vakavasti, tämä johtaa työntekijöiden paheksuntaan ja hoidon vaikeutumiseen. Oteessa 7 terapeutti kertoo puuttumisestaan AA:n potilaassa herättämään vastentahtoisuuteen ja häpeän tunteisiin (rivi 1). Terapeutti tuo esille myös potilaan reaktion: ”(nii että) kau#heen niinku jotenki?, # (0.3) vaikeesti” (rivi 2). Potilas on terapeutin mukaan siis selvästi vastahakoinen. Kuvaa vielä korostetaan riveillä 7–11, joilla kertoja tuo esille potilaan reaktion toteamukseen siitä, että potilaan tulisi sitoutua itsensä hoitamiseen. Potilas on ollut ”jotenki vähä yllättyne” (rivi 7), minkä jälkeen kertoja rin-

nastaa hänet siihen joukkoon potilaita, joka ei tajuua myllyhoidon keskeistä ideaa siitä, että potilaan tulisi hoitaa itseään (rivit 10–11). Näkemys potilaiden roolista hoitoprosessin aikana on siis selkeän normatiivinen. Normien rikkominen tai niiden vastustaminen johtaa vuorostaan ongelmiin hoitoprosessin aikana.

Ihannepotilasta koskevilla normeilla esiintyy jatkuva jännite aktiivisuuden ja mukautuvaisuuden vaatimusten välillä. Yhtäältä potilaan tulisi ottaa aktiivinen ja itsenäinen vastuu itsensä hoitamisesta, osoittaa motivoituneisuutensa ja sitoutuneisuutensa raittiuden päämäärään. Toisaalta potilas ei saa kyseenalaistaa saati vastustaa annettuja hoidon päämääriä. Potilas ei saa myöskään olla liian mukautuvainen. Liian helposti omat ongelmansa tunnustava potilas ei täytä aktiivisen itsetutkistelun vaatimusta (ote 8).

Viime kädessä ihannepotilas on moraalinen konstruktio. Yhdessä moniammatillisen tiimin kokoontumisessa käytiin kiinnostava keskustelu miespotilaasta, joka oli kertonut ottaneensa naisystävän luokseen asumaan siksi, että tämä voisi imuroida hänen mattonsa (MA 6, 26, 24–27). Kertomusta pidettiin ratkaisevana osoituksena henkilön kyvyttömyydestä itsetutkisteluun ja pohdintaan. Ihannepotilaan tulisi siis löytää raitistuminen ratkaisuna oman itsenäisen itsetutkistelunsa kautta kuitenkin kertaakaan kajoamatta hoitomallin hänelle asettamiin rajoihin.

01 T: tää on hirveen herkkä tää, (0.4) mies että tää tuli?, (1.2) tuli nii tää ol
 02 jotenki?, (1.2) väkuutti kovasti sitä että hän on niinkun (2.5) selvillä tästä (.)
 03 alkoholismistaan ja riippuvaisuudesta (.) <sil oli kaikki niinku sillee
 04 hirveen?,< (0.8) s(h)elvää niinkun liiankin selvää, (.) et ikäänkuin sil ois ollu
 05 jo hoito hanskassa ekana päivä[nä ku se .hhhh] hhhh <tulih> hhhh<ryhmään,>
 06 [((oven takaa kuuluu puhetta))]

JOHTOPÄÄTÖKSET

Myllyhoidolle on ominaista asiakkaita koskevan tiedon valikoiva käyttö. Tässä artikkelissa on esitetty vain yksittäisiä otteita moniammatillisen tiimin työskentelystä, mutta otteet on poimittu niin, että ne muodostavat kattavan kuvan moniammatillisen tiimin työskentelytavasta (kvalitatiivisen tutkimuksen yleistettävyydestä, ks. Silverman 2000). Työskentelytavan kattavuus tulee ilmi niistä tapauksista, joissa joku työntekijöistä päätyy esittämään hoitomallin vastaisia näkemyksiä (esim. ote 5). Tällaiset näkemykset torjutaan poikkeuksetta. Työskentelytavan vakiintuneisuudesta kertoo myös se, kuinka koeajalla olevaa uutta terapeutteja ohjataan omaksumaan valitseva tapa käyttää riippuvuustestejä alkoholismien todentamisen välineenä. Artikkelin kuvaama hallitseva työskentelytapaa, joka ulottuu hoitokäytäntöjen suunnittelun yksityiskohtiin asti.

Asiakkaita koskevan tiedon valikoiva käyttö johtaa joka tapauksessa asiakkaita koskevan informaation menettämiseen. Yksi riski vallitsevassa tiedonkäsittelytavassa on se, että se voi potilaissa johtaa käsitykseen, että heidän omien kokemustensa ja käsityksensä arvo on kyseenalaistettu. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta tutkinut Liisa Raevaara (2000) on osoittanut, että potilaat ovat tyytymättömiä lääkärin antamaan diagnoosiin erityisesti, jos he katsovat lääkärin ohittaneen tai kyseenalaistaneen heidän vaivaansa koskeneen kuvauksen pätevyyden. Täten myöskään myllyhoidossa esiintyvää potilaiden motivoitumattomuutta tai vastahankaisuutta ei tulisi tarkastella yksinomaan potilaista juontuvana. Sikäli kuin hoitomalli kyseenalaistaa potilaiden

omia kokemuksiaan koskevan auktoriteetin, se tuottaa myös itse potilaiden vastarinnan.

Aineistosta käy ilmi, että monilla potilailla on oman tai läheisten arvion mukaan pitkäkököjä AA:n ulkopuolella toteutuneita päihde- tai jaksoja tai hallittuja päihdeiden käytön kausia (otteet 3, 5). Hoitosuositusten laadinnassa tätä informaatiota ei kuitenkaan hyödynnetä. Päihdetömyys keskinäisen avun ryhmien ulkopuolella tai päihdeiden hallittu käyttö ovat myllyhoitoidologian mukaan anomaliaita, väärinkäsityksiä tai virhearvioita. Kuitenkin oppimis- tai kognitioteoreettisesta näkökulmasta potilaan ajoittaisista elämänhallintakykyä voitaisiin hyödyntää ja pyrkiä vahvistamaan niitä tekijöitä, jotka ovat mahdollistaneet ongelmien kontrollin (Koski-Jännes 1992; Puhakka 2000). Ei ole kuitenkaan mahdollista tässä artikkelissa arvioida, voitaisiinko myllyhoidossa hyödyntää uusia teoreettisia näkökulmia.

Moniammatillisen tiimin kokoontumisista piirtyy esiin ihannepotilas, joka on aktiivinen ja reflektiivinen mutta hoitotavoitteet kyseenalaistamatta hyväksyvä. Potilaisiin kohdistuu siis ankaria normatiivisia odotuksia. Huomattava osa potilaista ei täytä näitä odotuksia, ja heitä kritisoidaan ”heikosta mukanaolosta” ja motivoitumattomuudesta (Leppo 1999). On mahdollista, että tässä on kyse tunnetusta sopeutumisreaktiosta, jossa työntekijät sopeutuvat odotuksia heikompiin tuloksiin (Wiseman 1970). Kohdistamalla potilaisiin odotuksia, joita he eivät voi täyttää, tuotetaan samalla selitys mahdollisille epäonnistumisille. Ylimitoitettujen potilaisiin kohdistuvat odotukset voivat kuitenkin olla myös epäonnistumisten syy.

Liite: Litteraatiomerkit

–	alleviivaus osoittaa painotusta
> <	ympäröivää puhetta nopeammin lausuttu jakso
< >	ympäröivää puhetta hitaammin lausuttu jakso
-	keskenjäänyt sana osoitetaan tavuviivalla
:	äänteen venytys
.hh	sisäänhengitys
hh	uloshengitys
(.)	mikrotauko
(0.5)	tauko ja sen kesto sekunteina
(heh)	naurahdus
(())	litteroijan kommentti, esim. ((kuiskaten))
→	litteroijan merkitsemä analysoitava kohde
[päällekkäin puhunnan alku
]	päällekkäin puhunnan loppu
°	hiljaisemmin lausuttu sana tai jakso
#	nariseva ääni

Tekstiotteiden litteraatioissa on käytetty yksinkertaistettua keskusteluanalyysin litteraatiotapaa (ks. esim. Atkinson & Heritage 1984, IX–XVI). Henkilöiden nimet ja mahdollisesti eräät muut yksityiskohdat on muutettu henkilöiden henkilöllisyyden suojaamiseksi.

KIRJALLISUUS

Arminen, Ilkka: Elämäkerrat etnometodina. Kokeusten organisointi nimettömien alkoholistien piirissä. Tutkimuseloste n:o 188. Helsinki: Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, 1994

Arminen, Ilkka: On the moral and interactional relevancy of self-repairs for life-stories of Alcoholics Anonymous. *Text* 16: 4, 1996

Arminen, Ilkka: Negotiating Rules for Group Therapy. Paper presented in the conference Pragma99, Tel Aviv, June, 1999

Arminen, Ilkka: Conversation analysis and social theory. Paper presented in the conference Text and Talk at Work, Gent, August, 2000. 2000a

Arminen, Ilkka: On the context sensitivity of institutional interaction. *Discourse & Society* 11 (2000): 4, 435–458. 2000b

Arminen, Ilkka & Halonen, Mia: Conversation Analysis: studying talk at work in addiction treatment. In: Rhodes, Tim (ed.): *Qualitative Methods in Drugs and Alcohol Research*. London: Sage, ilmestyy

Arminen, Ilkka & Leppo, Anna: The dilemma of two cultures in the 12-step treatment: the professional responses for clients who act against their best interests. In: Kullberg, C. & Rostila, I. & Seltzer, M. (eds.): *Listening to the welfare state. Social work practices in Nordic countries*. Ashgate, ilmestyy

Atkinson, J. M. & Heritage, J. (eds.): *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984

Drew, Paul: Contested evidence in courtroom cross-examination: The case of a trial for rape. In: Drew, P. & Heritage, J. (eds.): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

Drew, P. & Sorjonen, M.-L.: *Institutional dialogue*.

In: van Dijk, T. A. (ed.): *Discourse as social interaction: Discourse Studies 2. A multidisciplinary introduction*. London: Sage, 1997

Freud, Sigmund: *Toteemi ja tabu*. Helsinki. Love Kirjat, 1989 [1913]

Gill, Merton & Hoffman, Irwin: *Analysis of Transference, Vol. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. New York: International Universities Press, 1982

Halonen, Mia: Terapeutti elämäkerran tulkitsijana myllyhoidon ryhmäterapiassa. Teoksessa: Haakana, Markku & al. (toim.): *Institutionaalinen vuorovaikutus*. Helsinki: SKS, ilmestyy

Heritage, J.: Conversation analysis and institutional talk: analysing data. In: Silverman, D. (ed.): *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: Sage, 1997

Houtkoop-Steenstra, H.: *Interaction and the standardized interview. The living questionnaire*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000

Hutchby, Ian: Power in discourse: the case of arguments on a British talk radio show. *Discourse & Society* 7 (1996): 4, 481–497

Koski-Jännes, Anja: Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1992

Leppo, Anna: Vakaumuksen ja vastarinnan näytämöt. Etnografinen tutkimus AA-perustaisesta päihderiippuvuuden laitoshoidosta. Sosiologian pro gradu. Helsingin yliopisto, syyskuu 1999

Mäkelä, Klaus & al.: *Alcoholics Anonymous as a mutual help movement. A study in eight countries*. Wisconsin: Wisconsin University Press, 1996

Peräkylä, Anssi: Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sociologia* 33 (1996): 2, 89–102

Peräkylä, Anssi & Vehviläinen, Sanna: Vuorovaikutsideologiat ja vuorovaikutustutkimus. *Psykologia* 34 (1999): 5–6, 329–342

Peyrot, Mark: Psychological Testing and Forensic Decision Making: The Properties-In-Use of the MMPI. *Social Problems* 42 (1995): 4, 574–586

Pomerantz, Anita: Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson, J. M. & Heritage, J. (eds.): *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. 1984a

Pomerantz, Anita.: Giving a source or basis: the practice in conversation of telling "how I know". *Journal of Pragmatics* 8: 607–25, 1984. 1984b

Puhakka, Antero: Hoitoonohjaus hoitoon ohjatun silmin – subjektiivinen totuus ja sen tulkinta. *Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja* nro 44. Joensuu: Joensuun yliopisto, 2000

Raevaara, Liisa: Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla. Keskusteluanalyttinen tutkimus potilaan institutionaalista tehtävistä. Helsinki: SKS, 2000

Silverman, David: *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage, 2000

Toiviainen, Seppo: *Kantapöydän imu. Juoppokulttuuri valintana ja pakkona*. Helsinki: Tammi, 1997

Twelve Steps and Twelve Traditions. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1986 [1952]

Whalen, Jack & Vinkhuyesen, Eric: Expert systems in (inter)action: diagnosing document machine problems over the telephone. In: Luff, P. & Hindmarsh, J. & Heath, C. (eds.): *Workplace Studies: Recovering Work Practice and Informing System Design*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000

Wieder, D. L.: *Language and social reality. The telling of the convict code*. The Hague: Mouton, 1974

Viljanen, Anna Maria: *Psykiatria ja kulttuuri. Tutkimus oikeuspsykiatrisesta argumentaatiosta. Tutkimuksia* 37. Helsinki: Stakes, 1994

Wiseman, Jacqueline: *Stations of the lost. The treatment of skid row alcoholics*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1970

Yalisove, Daniel: The Origins and Evolution of the Disease Concept of Treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 59 (1998), 469–476.

ENGLISH SUMMARY

Ilkka Arminen & Riikka Perälä: Construing clients with substance abuse problems as alcoholics (Myllyhoidon moniammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaaminen alkoholisteiksi)

The article is concerned with the way that a 12-step treatment programme construes a certain kind of image of its clients and their substance abuse problems. The main focus is on how the base assumptions of the treatment programme are reproduced and maintained at the weekly meetings of the multiprofessional team running the programme. At these meetings different staff groups discuss their plans for the treatment of clients who are being admitted into the programme and consider the options available for intervening in their alcohol problems. The article offers a behind-the-scenes look at the 12-step treatment programme: in particular, we are interested in the ways that the staff process and use the background information available on the clients admitted. We want to know how the methods and approaches used by the multiprofessional team shape and influence the kind of treatment that the clients will receive.

Based originally on the AA recovery programme, the 12-step treatment programme draws on the disease concept of alcoholism. The key role of this concept in the programme is clearly in evidence in the present article as well. One of our main observations is that this disease concept is conducive to selective and purposive working methods in the programme. For instance, information on the patients' background or their test results are systematically so interpreted that the outcome

confirms the view that the clients are indeed alcoholics who can only be treated by methods that are consistent with the programme ideology. Strict normative expectations are placed upon clients in the programme, and any sign of deviation will be interpreted as resistance and reluctance on the part of substance abusers to deal with their own alcohol problems. In this way the programme itself may produce resistance among clients. For instance, by ignoring and brushing aside their clients' own views on their condition, programme staff may easily elicit the resistance and denial that they regard as symptoms of alcoholism.

A key focus in the article is on the interactive techniques and tactics applied in the programme to construe clients' alcohol problems in a manner that fits in with the institution's treatment culture. These techniques and tactics are studied using the methods of conversation analysis. The material consists of video-recordings from seven staff meetings in spring 1997, which have been transcribed in line with CA conventions.

The aim in the conversation analysis is to unravel the specific institutional nature of the treatment, the way that the 12-step programme differs from other treatments or 'substance abuse theories'. We are interested in the way that the institutional context becomes consequential in the treatment activity itself. The focus of our analysis is not on spoken interaction, but we are chiefly interested to demonstrate how the institutional beliefs and values of the treatment programme determine the interactive planning of treatments.

KEY WORDS:

Alcoholism, alcohol problem, conversation analysis, 12-step therapy, multiprofessional team work, Finland